

Uma profilaxia ímpar: o lugar da lepra entre as endemias nacionais

Dilma Cabral*

Resumo

Neste artigo pretendemos analisar o processo de construção de um discurso que denunciava, em tom alarmista, a disseminação da lepra no país e a ausência de medidas eficazes para seu controle. Apreendida nesta formação discursiva como uma doença misteriosa que avançava lentamente, degenerando o organismo e comprometendo a vida em sociedade, procuraremos compreender os diferentes significados conferidos à lepra e os elementos que seriam utilizados na tentativa de garantir seu lugar como um problema sanitário nacional, processo que esteve informado pelo cenário que se estruturou nas duas primeiras décadas do século XX, quando teve início o movimento político que ficou conhecido na historiografia como 'movimento sanitarista'.

Palavras-chaves: lepra – política de saúde pública – sanitarismo - medicina

Abstract

In this article we intend to analyze the elaboration process of the discourse denouncing leprosy dissemination throughout the country and the absence of efficient controlling measures. Presented by that discourse as a mysterious disease that developed slowly, degenerating the body and compromising social life, we will try to understand the different meanings given to leprosy, and the elements that would be used to guarantee its place as a national sanitary problem, a process structured on the first quarter of the 20th century, when the political movement historically known as 'sanitation movement' began.

Keywords: leprosy - public health policy – sanitarianism - medicine

Desde o final do século XIX a medicina enfrentava o esforço teórico da consolidação do bacilo como causa exclusiva da lepra, hipótese sustentada no próprio avanço da bacteriologia e nas inovações técnicas introduzidas na investigação laboratorial. No início do século XX a bacteriologia já contribuía determinantemente nas pesquisas sobre a causa de diferentes doenças, porém, o desconhecimento sobre a forma de transmissibilidade do '*bacillus leprae*' e o mecanismo de sua ação no organismo asseguraram uma sobrevivência à hipótese hereditária, além de corroborar a incerteza que alguns ainda partilhavam sobre o papel do bacilo na origem da lepra. Esta situação seria revertida ao longo das duas primeiras décadas do século XX, quando haverá não uma ruptura com a hipótese hereditária na patogenia da lepra, mas seu deslizamento da etiologia para condição de elemento predisponente ao contágio.

* Doutora pelo Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal Fluminense, pesquisadora do Arquivo Nacional.

A elucidação do mecanismo de transmissibilidade da lepra tornar-se-ia a grande polêmica científica nas duas décadas iniciais do século XX, quando elementos diversos foram mobilizados e hierarquizados na tentativa de esclarecer que fatores concorreriam para explicar este processo. Ao fim deste período a natureza bacilar e contagiosa da lepra se constituiria no núcleo estruturante em torno do qual se organizariam as investigações sobre a doença e, doravante, a hipótese hereditária de sua causalidade seria convertida numa referência histórica obrigatória que integraria os manuais médicos da especialidade.

No Brasil fez parte deste processo a construção um discurso onde a lepra seria instituída como uma terrível ameaça, um *'flagelo nacional'* que transcendia as condições sanitárias do país para constituir-se numa ameaça à nação. Este tipo de retórica não seria exclusivo da lepra e tinha como função reforçar a ameaça que uma doença constituía, tendo por objetivo reivindicar que sua profilaxia fosse transformada em política pública comandada pelo Estado brasileiro. No caso da lepra, esperava-se que o governo assumisse uma política segregacionista para os leprosos em colônias de isolamento, o que já integrava a pauta de combate à doença estabelecida desde 1897 pela 1ª Conferência Internacional sobre a Lepra, ocorrida em Berlim.

O médico Campos Seabra, em seu trabalho apresentado ao 1º Congresso Médico Paulista, realizado em 1916, alertava para o grave problema sanitário em que a lepra havia se convertido no Brasil. O médico apresentava um pequeno panorama da doença na Europa e defendia o isolamento como a base da moderna profilaxia da lepra, não só pelo seu aspecto econômico e moral, mas também pelo papel destacado que o Brasil alcançara na questão da higiene internacional, resultado da luta empreendida contra doenças como a febre amarela, a peste bubônica, a varíola, o tifo e o impaludismo. No entanto, a endemicidade da lepra tornava o país alvo de críticas vexatórias e nos humilhava *"aos olhos do povo culto"* (1916, Souza Araújo, 1956, p. 186). Em conformidade com o discurso em que a doença assumira o status de *'flagelo nacional'*, Campos Seabra reclamava um lugar para lepra entre as endemias nacionais, o que significava que a sua profilaxia deveria ser incluída dentre as ações do Estado na área da saúde pública.

A constância desta questão no discurso médico deste período evidencia uma batalha discursiva em que especialistas na doença cobram maior atenção ao seu objeto de estudo e, para tanto, superdimensionam as conseqüências materiais da disseminação da lepra na sociedade. Além disto, a presença da lepra seria utilizada como elemento que permitiria definir e classificar a sociedade brasileira, segundo os critérios e o significados que lhe foram conferidos desde o seu *'ressurgimento'* no mundo colonial ao final do século XIX. A lepra

doença seria investida de conteúdos que serviam como indicadores para o enquadramento dos países onde se apresentava endemicamente, numa escala de civilização e progresso que evidencia aspectos políticos e simbólicos da relação saúde e doença neste período. Mais do que a presença da lepra, o discurso médico brasileiro tornaria a resposta produzida por cada governo e a efetivação de medidas de controle, especialmente as assentadas nas conclusões das conferências internacionais sobre a doença, como elementos que permitiriam reforçar ou minimizar o conteúdo expresso por sua endemicidade.

Doença cuja patogenia era ainda mal conhecida e de terapêutica inespecífica, a profilaxia da lepra assentava-se na segregação social dos leprosos, única fonte conhecida do bacilo. Esta questão constou das resoluções finais das conferências internacionais sobre a lepra, que ocorriam desde 1897, e que se constituiriam na base de um movimento internacional que defendia a organização de leprosários e a aprovação de legislação especial que permitisse a adoção de inúmeras outras medidas consideradas necessárias ao combate à doença, como a regulação do casamento, do trabalho ou da família dos doentes. Data, portanto, do final do século XIX, a adoção por numerosos países de legislação que aprovava o isolamento dos leprosos como a principal medida profilática para o controle da lepra, adaptada a cada realidade nacional.

O estabelecimento de uma doença como prioritária para a formulação de políticas públicas envolve muitos fatores, como o próprio lugar que a questão da saúde pública ocupa na agenda política de cada Estado. No caso brasileiro, o início do século XIX esteve marcado pela inépcia da atuação do Império em responder as pressões advindas de um quadro onde a população livre e pobre sofria a ação devastadora das doenças endêmicas e epidêmicas, especialmente nos centros urbanos (Castro Santos, Faria, 2003. p. 19-24). As condições higiênicas da cidade do Rio de Janeiro nos fornece um quadro da precariedade da questão sanitária e os estreitos limites da ação do poder público no Brasil no início do século XX, onde a maioria da população não estava imune às doenças transmissíveis, que representavam também um grande desafio à estrutura econômica do país.

Ao longo da Primeira República, os problemas de saúde seriam, de maneira crescente, identificados como um problema coletivo, especialmente as epidemias, o que inviabilizava a adoção de medidas isoladas por municípios e estados da federação. Entre as elites brasileiras construía-se uma consciência sobre os efeitos negativos gerados pelas condições sanitárias do país e sobre a precariedade da saúde da população, o que produziu um debate e a proposição de um rearranjo em que o poder público redefinisse seu papel na administração da questão sanitária (HOCHMAN, 1998, p. 19-46). Esta consciência da interdependência, que tornara a

doença um dos principais elos da sociedade brasileira, colocava em questão seus efeitos negativos sobre a sociedade e os limites da ação do Estado para solução destes problemas. O movimento pela reforma da saúde pública na Primeira República deve ser compreendido como resultado de um sentimento de pertencimento a uma comunidade nacional, que produziu um intenso debate que caracterizaria o Brasil pela onipresença de doenças endêmicas, em contrapartida à ausência de poder público. Se a ameaça da doença epidêmica apresentava-se como um fenômeno fundamentalmente social, caberia uma revisão do arranjo institucional vigente que estabelecia limites para a ação da União sob o pacto federativo definido pela Constituição de 1891 (Idem, p. 50-9).

De forma geral, a historiografia identifica duas fases distintas no movimento sanitário, o primeiro período corresponderia à primeira década do século XX, marcado pela gestão de Oswaldo Cruz à frente dos serviços federais de saúde, cuja ação esteve bastante restrita ao Distrito Federal e aos portos. Esta fase pode ser caracterizada pela ação centrada no saneamento urbano da cidade do Rio de Janeiro e no combate às epidemias de febre amarela, peste e varíola. O segundo período, durante as décadas de 1910 e 1920, enfatizou o saneamento dos ‘sertões’, em especial o combate a três endemias rurais: ancilostomíase, malária e a doença de Chagas (Idem, p. 59-62). Porém, este período não teve o mesmo ímpeto centralizador que se verificaria na década de 1920, quando o quadro epidemiológico se agravou com a gripe espanhola que atingiu a capital federal e, particularmente, com a dimensão ideológica que ganharia o tema saúde (Castro Santos; Faria, 2003, p. 28). Além disto, esta ainda é uma época em que a consciência da interdependência sanitária estava pouco difundida socialmente, o que significava limites à ação do governo federal na defesa da saúde pública, circunscrita pelo pacto federativo, expresso na Constituição de 1891 (Hochman, 1998, p. 101).

Foi por ocasião destas primeiras medidas de extensão do poder do governo federal sobre a saúde pública que se verificou a admissão da lepra no quadro das doenças transmissíveis que afetavam a população brasileira. A lepra foi definida como um ‘*problema sanitário*’ ao ser incluída como moléstia de notificação compulsória pelo Regulamento Sanitário de 1902, ao lado do tifo, cólera, febre amarela, peste, varíola, difteria, febre tifóide e da ‘tuberculose aberta’. A omissão na notificação de quaisquer dessas moléstias sujeitava a pessoa aos rigores do Código Penal, podendo sofrer penalidades que iam desde o pagamento de multas até a prisão (COSTA, 1985, p. 50). A reforma sanitária aprovada em 1904, durante a gestão de Oswaldo Cruz à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, ratificou a lepra entre as doenças de notificação compulsória, apesar de estabelecer que a cólera, a febre amarela e a

peste seriam as únicas moléstias infecciosas que determinavam a aplicação de medidas sanitárias permanentes. No caso das outras doenças transmissíveis, como a lepra, somente excepcionalmente daria lugar à imposição de medidas de precaução. Logo, o governo federal, ao regular os serviços sanitários a seu cargo, estabelecia que era sua prioridade o combate às três doenças que ciclicamente assolavam a capital da República e fizera sua fama de cidade pestilenta: cólera, febre amarela e peste.

Este lugar conferido à lepra na legislação sanitária, onde a notificação compulsória da doença não se fazia acompanhar por qualquer medida profilática especial, mas apenas o isolamento domiciliar parcial, tal como na tuberculose, não passaria despercebido aos leprólogos. O médico José Mendes Tavares, chefe do serviço clínico do Hospital dos Lázaros, observa que a inclusão da lepra no regulamento sanitário de 1904 se deu somente após uma discussão suscitada por ele na Academia Nacional de Medicina. Por ocasião do 3º Congresso Científico Latino Americano, realizado no Rio de Janeiro em 1905, seria aprovada a moção proposta pelo próprio Mendes Tavares que as nações interessadas adotassem providências no sentido de impedir que leprosos de uma passassem para outra, “(...) *salvo casos especiais, previstos e reputados em convênio internacional.*” (TAVARES, 1956, p. 160). Assim, ainda que a lepra ganhasse espaço cada vez maior nos congressos médicos brasileiros e latino-americanos, em sintonia ao movimento mundial pela adoção de legislação sanitária nos países onde a doença era endêmica, seu combate não fora ainda apropriado pelo governo brasileiro como uma questão sanitária prioritária, que exigisse medidas permanentes de ação.

O problema que se coloca por ocasião desta primeira fase do movimento sanitário foi, não só a definição de seus limites na área urbana, como também quais doenças teriam precedência na intervenção sanitária do governo. Esta é uma discussão bastante recorrente na historiografia, mas, de forma geral, considera-se que as epidemias de cólera, febre amarela e peste bubônica eram as que mais prejuízos traziam à cidade do Rio de Janeiro, comprometendo seriamente sua estrutura comercial e produtiva. Além dos fatores econômicos, devemos considerar também a questão simbólica que permeava a primazia destas doenças dentre outras, como a lepra ou a tuberculose. Sem contar o caráter epidêmico destas doenças, cujo impacto social conferia-lhes grande visibilidade, havia o reconhecimento por parte das autoridades governamentais, dos médicos e da sociedade de que sua recorrência afetava o ideal de progresso projetado para o país. Civilidade e modernidade, bases do desenvolvimento material pretendido, tinham seu sentido fundamentado na erradicação das doenças epidêmicas e na instauração de uma nova ordem urbana, o que significava o saneamento da cidade-capital. Logo, febre amarela, cólera e peste bubônica constituíram-se

em fatores unificantes de certa identidade do espaço urbano e da sociedade, que instaurava uma imagem de si incompatível com o ideal projetado de uma nação civilizada. Estas doenças integravam uma rede de significações que esboçava valores, sentidos e determinava padrões do que seria essencial para vida em comunidade.

Podemos considerar também outras variáveis para o estabelecimento de políticas de saúde na Primeira República, além das motivações advindas dos interesses econômicos que afetavam as relações comerciais e a expansão do capitalismo. Castro Santos destaca que o movimento pela saúde pública esteve norteado pelo pensamento nacionalista, particularmente no período pós Primeira Guerra Mundial, identificando duas correntes distintas. Na primeira estavam os intelectuais que defendiam um projeto de modernização cuja matriz eram as cidades brasileiras, para quem somente o crescimento e progresso do espaço urbano seria capaz de inserir o país dentre as nações civilizadas. Para este grupo a questão da imigração assumia uma grande relevância, a modernidade significava também a europeização de costumes e o embranquecimento de nossa raça, marcada pelos efeitos nocivos da miscigenação. Na segunda corrente estavam engajados intelectuais que se voltaram para o interior do país, onde estariam as raízes de nossa nacionalidade, cujo projeto de modernização pressupunha a inclusão e recuperação do sertão e do sertanejo. Logo, o movimento pela saúde pública no Brasil foi norteado por este ideário nacionalista de construção e salvação do Brasil, a politização desta questão permitiria que o Estado assumisse a formulação e execução de políticas nacionais de saúde (CASTRO SANTOS, 1985, p. 194-8). Para tanto o governo federal armou-se de um aparato legal e administrativo que possibilitaria o crescimento da ação do Estado na área de saúde e saneamento, fornecendo-lhe instrumentos para implementação de políticas em todo território nacional” (HOCHMAN, 1998, p. 22).

Doença que não era objeto de nenhuma política específica e, segundo o regulamento sanitário de 1904, para a qual apenas excepcionalmente se estabeleceriam medidas de prevenção, a lepra não esteve entre as prioridades estabelecidas pelo governo federal na primeira década do século XX, e para isto podemos considerar a questão sob dois aspectos. Em primeiro lugar, ao analisarmos o problema da lepra na conjuntura do movimento sanitário em sua primeira fase, podemos perceber que não houve um reconhecimento das autoridades sanitárias ou governamentais de que a doença seria um perigo sanitário que exigisse a adoção de medidas imperativas. A política de saúde formulada circunscreveu seu objeto às doenças que se transformaram no arquétipo da cidade pestilenta em que o Rio de Janeiro fora convertido pelos constantes surtos epidêmicos e seus elevados óbitos. O Brasil tinha grandes premências no campo sanitário, mas a importância desta primeira década do

século XX deve ser dimensionada como o momento em que a saúde foi incluída na agenda sanitária do país, o que se deu através das epidemias que ciclicamente irrompiam na cidade do Rio de Janeiro. Ao mesmo tempo, o governo federal se constituía como uma autoridade pública na gestão da saúde e estabelecia as bases administrativas que possibilitariam uma crescente intervenção no território nacional e a redefinição de responsabilidades entre a União e os estados da federação.

Por outro lado, não podemos deixar de considerar que as características intrínsecas à lepra contribuiriam igualmente para definir sua não inclusão dentre as doenças a serem combatidas neste primeiro momento. Sabemos que a lepra era uma doença crônica, considerada incurável pela grande maioria dos médicos, seu modo de transmissão e tratamento específico eram ainda grandes incógnitas. O isolamento se constituía na única medida profilática segura recomendada pela medicina, o que exigia uma grande inversão de recursos humanos e materiais para sua execução, uma sólida base legal e administrativa, sem contar ainda que esta discussão mobilizava médicos de diferentes orientações científicas que advogavam limites distintos para sua adoção no Brasil. Outro fator a ser avaliado é que este foi o período em que a etiologia bacilar da lepra enfrentava seu processo de consolidação e legitimação, convertida num paradigma científico partilhado pela comunidade médica brasileira, tornara-se a base dos trabalhos que procuravam elucidar as muitas incertezas que ainda envolviam sua transmissibilidade. Logo, a lepra era um mal incurável cuja prevenção e tratamento exigiam esforços que estavam além daqueles mobilizados para o combate às doenças epidêmicas. A doença impunha a montagem de um aparato médico cujo modelo era bastante distinto do utilizado na campanha contra a febre amarela e a peste bubônica, que poderiam ser desmobilizados findo o risco epidêmico.

Seria na década de 1910 que a lepra se converteria num problema sanitário de maior relevância, assumido no discurso médico como uma das grandes máculas da jovem nação brasileira. Os médicos-historiadores que trataram da história da lepra no Brasil apontam unanimemente o artigo de Oswaldo Cruz no jornal *O Imparcial*, em 1913, onde o médico alertava para a gravidade que o problema assumia no país, como o fato que teria suscitado a atenção de todas as sociedades médicas do Rio de Janeiro, o que foi determinante para a criação da Comissão de Profilaxia da Lepra, organizada em 1915 com a participação de todas as sociedades médicas do Rio de Janeiro. Sem dúvida, a autoridade científica de que estava investido Oswaldo Cruz conferia-lhe um grande espaço junto à comunidade médica, ao governo e à população para advogar pela causa da lepra no país. Na verdade, Oswaldo Cruz já havia prestado grandes serviços na defesa da adoção de medidas profiláticas contra a lepra,

não só por sua inclusão no regulamento sanitário de 1904, mas também por destacar o risco crescente da doença em seu relatório deste mesmo ano ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores, a quem competia a questão da saúde pública (Cf. CRUZ, 2006).

Não se pode esquecer também que São Paulo, estado considerado ao lado de Minas Gerais o que concentrava a maior frequência de casos de lepra, já havia comissionado, em 1913, o médico Emílio Ribas para estudar os métodos de profilaxia da doença. Ribas era diretor do Serviço Sanitário, havia se projetado como um grande nome da medicina experimental e se notabilizado à frente do cargo no combate à febre amarela e à peste bubônica em São Paulo (ALMEIDA, 2003). Como chefe da comissão estabelecida pelo governo paulista Ribas viajou à Europa e aos Estados Unidos para acompanhar os modernos estudos e terapêuticas sobre a doença, tendo também determinado, em 1912, um inquérito epidemiológico dos leprosos do estado, a cargo do médico Enjolras Vampré (MONTEIRO, 1995, p. 137; SOUZA ARAÚJO. *Brasil Médico*, ano 58, n. 17/18, 22 e 29/04/1944, p. 158-75).

Sem dúvida, a Comissão de Profilaxia da Lepra, constituída em 1915, marcou um importante momento na história da construção das políticas públicas para a doença no Brasil. No entanto, ainda que consideremos que o combate à lepra deva ser analisado em consonância ao movimento sanitarista, que deflagraria em sua segunda fase a campanha pelo saneamento rural e a bandeira de defesa por uma maior centralização dos serviços de saúde, é importante considerarmos que outros elementos foram mobilizados na demanda por maior atenção do Estado na profilaxia da lepra. É necessário analisarmos como se formulou o movimento pelo saneamento dos sertões, que impacto teria tido no discurso que instituíra a lepra como um *'flagelo nacional'* e, finalmente, que lugar ocuparia a doença no movimento pró-saneamento rural.

A origem da reorientação do movimento brasileiro de saúde pública foi definida por Castro Santos pela publicação do relatório Neiva-Penna, em 1916, quando a sua fase urbana seria superada e a defesa do saneamento rural se tornaria a grande bandeira. Segundo o autor, o interior já havia sido descoberto pelas elites brasileiras através da obra *Os Sertões*, de Euclides da Cunha, impondo que a construção da nacionalidade incorporasse uma população isolada e atrasada (CASTRO SANTOS, 1985, p. 196-8). O impacto desta descoberta marcaria profundamente o pensamento social brasileiro, as viagens científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil forneceriam um retrato sem retoque de uma população doente e improdutiva, totalmente abandonada pelo poder público, que teve no Jeca Tatu, de Monteiro Lobato, sua maior encarnação (LIMA, 1998, p. 163-193; CAMPOS, 1986). As expedições

realizadas pelo Instituto Oswaldo Cruz foram precedidas por outras, como as de Cândido Rondon, as da Comissão Geológica de São Paulo ou a do astrônomo Louis Cruls ao Planalto Central, que também haviam resgatado o interior do país “(...) *seja como espaço a ser incorporado ao esforço civilizatório das elites políticas, seja como referência da autenticidade nacional*” (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005, p. 34). Mas, foi a expedição de 1912, organizada por Belisário Penna e Arthur Neiva, que alcançaria maior repercussão com a publicação de seu relatório nas *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. Além deste relatório, o movimento sanitaria teria também suas bases demarcadas pela repercussão do discurso realizado por Miguel Pereira, em 1916, que caracterizaria o Brasil como um imenso hospital; pelo impacto dos artigos de Belisário Penna sobre a saúde e o saneamento, publicados no jornal *Correio da Manhã*; e pela atuação da Liga Pró-Saneamento, entre os anos de 1918 e 1920 (LIMA, HOCHMAN, 2000, p. 313-32).

Podemos analisar, sem dúvida, que o combate à lepra se beneficiou do impacto e da enorme repercussão que a discussão sobre o saneamento teve na Primeira República, especialmente a partir de 1916. Há mesmo certa tendência em considerar que a lepra deveria estar ‘*naturalmente*’ incluída entre as endemias rurais que, responsabilizadas pela doença e improdutividade do sertanejo brasileiro, foram priorizadas como moléstias a serem erradicadas. A primeira questão que se coloca ao analisarmos o lugar que a lepra deveria ocupar entre moléstias que compunham o quadro nosológico nacional era o seu caráter endêmico. O modelo cognitivo, o desconhecimento sobre inúmeros de seus aspectos e o próprio modelo ontológico de interpretação da lepra, que a identificava com a degeneração física irreversível, acabariam por contribuir para que em torno da doença se produzissem definições que reforçariam sua cronicidade e impossibilidade de que se adotassem medidas de isolamento do doente em hospital geral. O longo processo de construção de consenso entre os médicos sobre a etiologia e o mecanismo de transmissão da lepra, mesmo após a descoberta do bacilo, havia reforçado elementos que historicamente fizeram parte da trajetória da doença, como a noção de moléstia misteriosa e insidiosa. No Brasil, estes elementos serão mobilizados para compor uma imagem da lepra como uma doença distinta de todas as demais, o que exigiria uma profilaxia igualmente diferenciada daquelas doenças de rápido contágio e evolução, como as epidêmicas, e as endêmicas, cuja forma de prevenção poderia ser resolvida pela distribuição de remédios ou que havia concordância sobre as formas de prevenção.

Por outro lado, a lepra fora reconhecida até a metade da década de 1910 como uma moléstia essencialmente urbana e, mais raramente, como uma doença que assolava tanto a cidade como a área rural. Emílio Ribas considerava que os focos ocultos de lepra, situados

nos centros de grande população, era um dos grandes perigos para a saúde pública. Em 1918, quando o movimento sanitarista já congregava uma grande parcela de intelectuais que fundariam a Liga Pró-Saneamento Emílio Ribas, em trabalho apresentado no 1º Congresso Sul Americano de Dermatologia e Sifilografia, já incorporava a profilaxia da lepra ao movimento pelo saneamento dos sertões e incluía a doença entre aquelas a serem combatidas pelo Estado, sem, contudo, desconsiderar igualmente seu caráter urbano.

Na verdade, a campanha pelo saneamento dos sertões, ainda que tenha integrado grande parcela da intelectualidade brasileira e tenha conferido aos médicos um lugar especial neste debate, não foi capaz de mobilizar e integrar da mesma forma os leprólogos e suas demandas pelo estabelecimento de políticas públicas de combate à doença. Ainda que a lepra freqüentemente aparecesse listada entre as moléstias endêmicas que devastavam o interior do país, sua disseminação seria considerada pouco extensa, tal como a tuberculose, as disenterias ou a leishmaniose (BELISÁRIO PENNA apud Idem, p. 256). Na comissão que se comporia na Academia Nacional de Medicina, em dezembro de 1916, para propor as medidas higiênicas mais adequadas ao saneamento da população brasileira, seria definido como prioritário o combate à malária, ancilostomose, leishmaniose, doença de Chagas, febre amarela e a sífilis (ACADEMIA Nacional de Medicina, 1917, Idem, p. 256).

Se a lepra não seria contemplada como uma das prioridades pelos líderes da campanha pelo saneamento dos sertões, o mesmo podemos considerar em relação aos leprólogos, que demonstravam em seus trabalhos uma posição de relativo distanciamento do movimento sanitarista. De forma geral, os especialistas na doença não incorporaram aos seus discursos a bandeira da inclusão da lepra na campanha pelo saneamento dos sertões, cujas vozes destoantes eram reivindicações isoladas, como a de Ribas e Souza Araújo. Esta postura dos leprólogos, longe de desconsiderar a importância do movimento sanitarista, parece vir da idéia de que a lepra deveria ter um regime especial de profilaxia, devido às características singulares da doença, cuja própria curabilidade era ponto de discordância entre estes especialistas. Esta idéia de que a lepra era uma doença que exigia medidas singulares de controle, partilhada por médicos e autoridades sanitárias, acabaria por constar no texto do decreto n. 13.538, de 9 de abril de 1919, que reorganizou o Serviço de Profilaxia Rural. A nova organização do Serviço de Profilaxia Rural definiu a uncinariose (ancilostomíase), o impaludismo e a doença de Chagas como as três grandes endemias dos campos, estabelecendo que o serviço contra a lepra estaria sujeito a um regime especial, que significava a construção de colônias de isolamento para leprosos (BRASIL, 1920, v. 2, p. 393-7).

A paulatina atenção que lepra desperta nos poderes públicos no Brasil, fez parte da maior atenção que a saúde pública teve neste período, ao lado de um movimento internacional que reivindicava maior rigor sanitário aos países endêmicos, expresso nas conclusões das conferências internacionais sobre a doença. Porém, à lepra não coube um destaque nas medidas assumidas pelo Estado para superar o abandono e melhorar as condições de saúde da população rural. Considerada uma moléstia característica das grandes aglomerações urbanas, a partir de 1918 podemos perceber nos estudos médicos que a lepra assume também o status de doença rural. Este novo conteúdo atribuído à lepra foi, sem dúvida, resultado da intensa mobilização em torno do projeto político em que se converteu a campanha pelo saneamento dos sertões e da maior atenção à saúde da população rural.

Ainda assim, a adoção de medidas profiláticas contra a lepra seguiria trajetória própria, alimentada pela noção de que sua patogenia exigia medidas específicas, distintas tanto das epidemias urbanas como das que seriam estabelecidas para o combate às grandes endemias rurais. No caso da lepra, doença considerada incurável e de lenta evolução, que incapacitava vagarosa e irreversivelmente os doentes ao trabalho e, em muitos casos, ao convívio social, era necessária uma extensa rede de leprosarias. Soma-se a este quadro a baixa eficácia dos recursos terapêuticos disponíveis neste período também contribuiu para dar o contorno que a política contra a lepra assumiria após 1920. A lepra se manteria, nas duas primeiras décadas da Primeira República, como uma doença que necessitava de uma profilaxia distinta e, justamente por diferir de qualquer outra moléstia, constituindo ‘*um capítulo especial em Higiene*’ (Alfredo Augusto da Matta. Anais da Academia Nacional de Medicina, ano 100, 1929, p. 393). A partir de 1920, haveria um rearranjo institucional que possibilitaria ao Estado ampliar sua ingerência na execução dos serviços sanitários, aumentando as responsabilidades e o controle do governo federal sobre a saúde pública. A montagem de um aparato burocrático para o combate à lepra se beneficiaria deste novo quadro político, onde a doença ganharia novos conteúdos que reforçariam a necessidade de uma profilaxia distinta.

Fontes e bibliografia

ALMEIDA, Marta. *República dos invisíveis*: Emílio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo (1898-1917). Bragança Paulista, Editora da Universidade São Francisco, 2003.

BRITTO, Nara; LIMA, Nísia Trindade. Saúde e nação: a proposta do saneamento rural. *Estudos de História e Saúde*, Rio de Janeiro, 1991, mimeo

BRASIL. Decreto n. 5.156, de 08 de março de 1904. Dá novo regulamento aos serviços sanitários a cargo da União. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 1, p. 205-301, 1907.

BRASIL. Decreto n. 13.000, de 1º de maio de 1918. Cria o serviço de quinina oficial, profilático da malária, inicial ao dos medicamentos do Estado, necessários ao do saneamento do Brasil. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 2, p. 533-4, 1919.

BRASIL. Decreto n. 13.538, de 9 de abril de 1919. Reorganiza o serviço de profilaxia rural. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 2, p. 393-7, 1920.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. O Pensamento Sanitarista Na Primeira República: Uma Ideologia de Construção Nacional. Dados - Revista de Ciências Sociais, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985

_____. A Reforma Sanitária pelo alto: o pioneirismo paulista no início do século XX. *Dados: Revista de Ciências Sociais*, v.36, n.3, p.361-392, 1993.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de; FARIA, Lina Rodrigues de. *A Reforma Sanitária no Brasil: Ecos da Primeira República*. Bragança Paulista: EDUSF, 2003

CHAGAS, Carlos. Conferência sobre a nova orientação do serviço sanitário brasileiro, realizada na Biblioteca Nacional em 4 de fevereiro de 1921. *Jornal do Comércio*. Rio de Janeiro, 11 de fevereiro de 1921. Disponível em <http://www4.prossiga.br/chagas/prodint/index-sub.html> /Acesso 28 de março 2007/

COSTA, Nilson Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Petrópolis: Abrasco, Vozes, 1985.

CRUZ, Oswaldo. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. J. J. Seabra, Ministro da Justiça e Negócios Interiores. Disponível em [/http://www2.prossiga.br/Ocruz/textocompleto/relatorios/seabra-1.html/](http://www2.prossiga.br/Ocruz/textocompleto/relatorios/seabra-1.html) Acesso em 26/10/2006/

HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento - As bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998.

_____. Logo ali, no final da avenida: Os sertões redefinidos pelo movimento sanitarista da Primeira República. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. V, n. suplemento, p. 217-235, 1998.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica In Nísia Trindade Lima; Silvia Gerschman; Flavio Coelho Edler; Julio Manuel Suárez. (Org.). *Saúde e Democracia - História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. p. 27-58.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República In MAIO, Marcos Chor; VENTURA, Ricardo Ventura dos Santos (orgs.). *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz/CCBB, 1996. p. 23-40.

_____. Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. *Ciênc. saúde coletiva.*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 313-332, 2000.

MATTA, Alfredo Augusto da. A profilaxia da lepra. 4º Congresso Sul-Americano de Higiene, microbiologia e patologia. *Anais da Academia Nacional de Medicina*. Rio de Janeiro: Tipografia do Instituto Oswaldo Cruz, 1932. p. 393-406.

MONTEIRO, Yara Nogueira. Da maldição divina a exclusão social um estudo da hanseníase em São Paulo. 1995. 2v. Tese (doutorado) - Universidade de São Paulo, 1995.

RELATORIO acerca da moléstia reinante em Santos apresentado a Sua Ex. o Sr. Ministro da Justiça e Negócios Exteriores In OSWALDO, Gonçalves Cruz: *Opera omnia*. [Rio de Janeiro: Impr. Brasileira], 1972. 747p. p.323-349. Disponível em <http://www2.prossiga.br/ocruz/asp/SaidaCat.asp?cod=39&id=port> /Acesso 2 novembro 2006/

SOUZA ARAÚJO, Heráclides César de. *História da lepra no Brasil: período republicano (1890-1952)*. vol. 3. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1956.